



Mise à jour du SUIVI des ADHERENTS (renseignements confidentiels)

NOM.....Prénom :.....
Adresse :
Code postal :.....Ville :
Adresse e-mail (important) :.....Tél :
.....Mobile :
Date de naissance :...../...../.....

Faire retour au Secrétaire Général :

Jean-Bernard VILLESANGE
13 Rue des Deux Communes
86180 BUXEROLLES
jean-bernard.villesange@wanadoo.fr

OBJET DE LA MISE A JOUR :

Afin de mieux cerner les problèmes concernant le cancer de la prostate, il vous est demandé de compléter et d'actualiser les informations relatives au vécu de votre cancer. Ces informations, strictement confidentielles, nous permettront de mieux répondre à vos attentes et aux interrogations de nos différents interlocuteurs.

AVANT traitement:

- Adénome de la prostate "rabortage" :..... date :..... lieu :.....
- Curage ganglionnaire :..... date :..... lieu :.....
- Hormonothérapie :.....périodicité :..... date début:..... durée :..... Mode de prise :.....
Nom du produit :.....
- Surveillance active : (préciser modalités,contrôles....) date début ;.....date de fin :..... en cours :.....
- Autres (à préciser).....
Commentaires :

PENDANT le traitement :

- Chirurgie(ablation) préciser la technique, ventre ouvert, coelioscopie, robot,..... datelieu :.....
- Radiothérapie externe :.....date Nb de séances..... lieu :.....
Curiethérapie (préciser iode 125 ou haut débit)... date :.....lieu :.....
- Hormonothérapie :périodicité :..... date début :..... Mode de prise :..... nom du produit :.....
- Chimiothérapie :..... date début..... Nb de séances..... lieu :.....
Autre (à préciser, Focal One,...) :.....
Commentaires :

APRES traitement :

Effets secondaires et/ou persistants:

-Brûlures urinaires, difficultés pour uriner :..... durée :..... début :..... fin :.. encore :.....
- Fréquentes envies d'uriner (nb de fois,jour,nuit) : durée :..... début :..... fin :... encore :.....
- Incontinence légère(à l'effort) ex.:..... ..durée :..... début :..... fin :... encore :.....
Incontinence lourde (protections) :..... durée :..... début :.... fin :.... encore :.....
-Bouffées de chaleur :..... durée :..... début :..... fin :... encore :.....
-Troubles digestifs / intestinaux :..... durée :..... début :..... fin :... encore :.....
- Troubles de l'érection :..... durée :..... début :..... fin :.... encore :.....
- Impuissance :..... durée :..... début :..... fin :.... encore :.....
-Autres problèmes à

préciser :

Améliorations, médicaments, solutions adoptées, résultats actuels :

Commentaires :
.....
.....
.....
.....

RESSENTI :

- Sur votre qualité de vie actuelle :.....
.....
- Sur votre degré de satisfaction :.....

Date :/ Signature :